THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000rene

357

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 juin 1905, à 1 heure

Par **René CARIVENC**

Né à Châlons-sur-Marne, le 19 janvier 1880

CHANCRE SYPHILITIQUE

DE LA LANGUE

STATISTIQUE ET POURCENTAGE

Président : M. GAUCHER, *professeur.*

Juges : MM. BRISSAUD et ROGER, *professeurs.*
CLAUDE, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Cathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Plinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle ne entend donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études médicales dans cette Faculté, nous tenons à remercier avant tout M. le professeur GAUCHER *pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter d'être notre président de thèse.*

C'est dans son service de l'hôpital Saint-Antoine qu'il nous a initié à la Pathologie générale et qu'il nous en a fait comprendre toute la haute importance. C'est là aussi, ainsi qu'à sa Clinique actuelle de l'hôpital Saint-Louis, que nous avons appris ce que nous savons en Dermatologie et en Syphiligraphie. Mais par dessus tout nous avons éprouvé les bons effets de sa bienveillance sans borne et de sa bonté inaltérable. Nous nous en rappellerons toujours avec un plaisir nouveau ; aussi avons-nous contracté là une grosse dette de reconnaissance.

C'est à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le professeur PINARD *que nous avons fait notre*

stage obstétrical. Qu'il veuille bien aussi recevoir les remerciements de son ancien stagiaire.

Nous n'oublierons pas que c'est dans le service de M. le professeur TERRIER *que nous avons débuté en chirurgie. Ce maître nous a appris ce que doit être la rigueur de l'asepsie.*

Nous ne sommes resté que trop peu de temps auprès de M. le professeur agrégé MÉRY, *à l'hôpital des Enfants-Malades, mais nous avons pu apprécier son bienveillant enseignement. Nous ne saurions l'oublier.*

HISTORIQUE

Le chancre syphilitique de la langue parmi tant d'autres accidents primitifs extra-génitaux est certes un des plus intéressants et des plus utiles à connaître.

Si à dire vrai son étude approfondie est de date encore relativement récente, il a depuis longtemps été sinon décrit du moins entrevu dès le jour où pour la première fois les auteurs ont signalé la possibilité d'une localisation extra-génitale de l'accident primitif, en particulier dans la bouche. Son histoire est donc intimement unie à celle de la contagion de la syphilis en dehors des organes génitaux.

Si Pline rapporte des cas de contagion par les baisers que chez les Romains les chevaliers avaient coutume de se donner entre eux, jusqu'au XVI[e] siècle on était convaincu que la contagion pouvait se faire par l'haleine, l'atmosphère, le lit, les sueurs, les habits, par le contact simple et momentané d'une partie quelconque d'un corps sain avec une personne infectée. Relatant ces faits, Nicolas Massa (1532) dans son traité « *De*

morbo gallico », ajoute « .... *Aliqui alii contractus, aut Cibi et Potus, aut vestimentornm inficiunt multos.* »

En 1540, Antoine Lecoq parle plus explicitement que ses devanciers de la contagion par la bouche, et en 1551 Torella et Benedictus Victorius établissent la nécessité d'une contagion immédiate par les organes génitaux, le sein, la bouche.

Lancereaux dans son *Traité historique et pratique de la syphilis* rapporte l'opinion de ces derniers auteurs.

« Torella, dit-il, fait mention de la transmission de « la syphilis par les baisers. Il en attribue l'origine à « des lésions des lèvres, ou du visage, ou de la bouche, « car les nourrices ont souvent l'habitude d'embrasser « les petits enfants.

« Fernel parle également de ce mode de contagion « à propos duquel Benedictus Victorius écrivait : « *Ego enim experientia, edoctus fui juvenem incul-* « *pabili sanitate munitum, longo quodam temporis* « *intervallo mulierem, gallico morbo depravatam, ore* « *exosculare assuetum, in morbum gallicum incidisse.*»

En 1560, Leonard Botal rapporte la première observation détaillée de chancre buccal contracté par un de ses amis.

Au XVII[e] siècle, Nicolas de Blegny parle en ces termes de la contagion syphilitique buccale : «...Encore « si quelqu'un boit après un vérolé et qu'il mette par « hasard sur ses lèvres l'endroit du vaisseau où il sera « demeuré quelque peu de virus des ulcères de la bou- « che ou même de la salive remplie de sels véroli- « ques. .. » et plus loin «... la pratique de baiser bou-

« che à bouche ou la langue en dedans est encore une « autre chose pernicieuse. »

La possibilité d'une infection syphilitique par d'autres voies que les voies génitales, et en particulier par la bouche, était donc acceptée et reconnue d'une façon explicite par ces différents auteurs. Si nous sautons maintenant au XVIII[e] siècle, de grands progrès sont réalisés sur cette question par les syphiliographes de l'époque.

Astruc dans son *Traité des maladies vénériennes* en 1736 et plus tard, en 1775, Fabre classent tous deux la contagion buccale par ordre d'importance immédiatement après la contagion génitale.

Astruc nous dit au sujet de la contagion en général : « C'est ainsi que les chancres surviennent aux parties « naturelles si le mal est pris par le commerce vénérien, « à la bouche, à la langue, aux gencives, au gosier, si « le mal est pris en mettant ou en faisant des baisers.. » et plus loin « le mal vénérien peut aussi se communi- « quer par des baisers sur la bouche, lorsqu'un amant « gâté baise une maîtresse saine ou réciproquement, « principalement si l'intérieur de la bouche comme la « luette, le palais, les amygdales, la langue est attaquée « de quelqu'ulcère vénérien. » Cet auteur est le premier qui explicitement dans ses œuvres a reconnu le chancre lingual.

Fabre à son tour dans un autre genre de contagion buccale déclare : « L'expérience prouve que le virus se « communique par des baisers lascifs sur les parties « de la génération d'une personne gâtée ; dans ce cas

« les lèvres et principalement la langue qui est appli-
« quée sur les parties infectées, reçoivent l'impression
« du virus et en portent le plus souvent les marques
« sensibles », et plus loin : « Les chancres peuvent naître
« sur toutes les parties du corps qui ne sont point cou-
« vertes d'une peau dure et épaisse : la langue, les
« lèvres, l'intérieur des joues, les gencives, les mame-
« lons, les bords de l'anus... »

Avec Hunter, la contagion des accidents secondaires étant niée, les chancres contractés par la voie extra-génitale devinrent plus rares. Néanmoins il y eut des opposants et parmi eux Swédiaur en Angleterre, Cullerier en France qui continuèrent à regarder la maladie comme étant contagieuse à toutes ses périodes. Swédiaur, à côté de la contagion par les baisers, nous en signale un nouveau mode : celui par la transplantation des dents.

Quant à Cullerier, dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, au commencement du XIX^e^ siècle, il continue toujours à considérer la bouche, en dehors des organes génitaux, comme un des principaux agents de transmission de la syphilis. En 1835, par ses inoculations d'accidents secondaires, Wallace détruisit la doctrine hunterienne à laquelle s'était rallié Ricord. On se retrouvait donc au point de départ de la question tel que l'avaient laissé Astruc et Fabre au XVIII^e^ siècle.

En 1860, dans son *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, Gibert s'exprime ainsi au sujet des accidents syphilitiques qui ont la bouche et ses annexes pour sièges.

« La bouche est le plus ordinairement le siège d'ul-
« cères consécutifs ; dans quelques cas pourtant on peut
« en rencontrer aussi de primitifs, non seulement sur
« les lèvres, mais encore sur la langue et même dans
« la profondeur du gosier. Il suffit pour cela que le
« virus ait été directement déposé sur ces parties, mais
« on conçoit que c'est surtout la contagion des acci-
« dents consécutifs qui peut s'opérer par cette voie
« D'ailleurs dans plus d'une circonstance, on ignore si
« le mal développé par le contact a pour origine un
« accident primitif ou secondaire. Ainsi nous avons vu
« une jeune fille chez laquelle des ulcères syphilitiques
« étaient formés à l'isthme du gosier à la suite de l'em-
« brassement forcé qu'elle avait subi de la part d'un
« soldat qui lui avait enfoncé sa langue dans la bouche.
« Ainsi, quelques ulcères de la langue peuvent aussi
« être contractés par le baiser, par l'usage d'un instru-
« ment passé instantanément d'une bouche malade à
« une bouche saine. »

Vers la même époque, Rollet dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales* reprend le même sujet et traite tout au long cette question de la contagiosité de la syphilis de bouche à bouche.

« Je ne veux pas nier les rapports anormaux, mais
« ces rapports, à Paris comme ailleurs, doivent être
« l'exception. M. Buzenet (thèse de Paris, 1858) sur
« vingt observations de chancres de la bouche n'a pu
« obtenir des aveux de la moitié environ de ses mala-
« dies, et pour comprendre combien le chancre
« infectant de la bouche a de chance pour être produit

« par un accident secondaire, il n'y a qu'à se rappeler « les preuves de cette contagion, et aussi combien « entre adultes sont fréquents les rapports de bouche à « bouche. »

A cette même date, 1860, le professeur Fournier soutint sa thèse sur la contagion syphilitique. Depuis lors sous sa haute autorité, la syphiligraphie a marché à pas de géants et nombreux sont les travaux suscités par lui tant en France qu'à l'étranger. En particulier, l'étude des chancres extra-génitaux s'est accrue chaque jour d'observations nouvelles ; de nombreuses statistiques de leurs différentes localisations se sont dressées de toutes parts. Mais parmi celles-ci, prenant pour type le chancre de la langue, nous nous sommes donnés à tâche de rechercher, dans les observations déjà publiées et dans celles qui nous sont personnelles, quels peuvent être l'ordre de fréquence et les rapports de cette localisation spéciale avec les autres sièges des chancres extra-génitaux.

CHANCRE DE LA LANGUE. SON ETIOLOGIE

Le chancre syphilitique lingual sans être rare n'est cependant pas excessivement fréquent, ainsi que nous le verrons dans les statistiques ultérieures. La plupart du temps, pour ne pas dire toujours, il a pour cause une inoculation directe de la matière sécrétée par des accidents secondaires, car il est plus que douteux que jamais des rapports puissent avoir lieu sur un point quelconque de l'organisme affecté de chancre primitif.

Par son contact toujours intime avec la muqueuse du palais, des joues, des lèvres, etc., avec en un mot les différentes régions de la partie antérieure de la cavité buccale, on comprend que la langue puisse être, de même que celle-ci, le siège d'une inoculation spécifique déterminée par des causes absolument semblables. Celles-ci sont très nombreuses, et comme le dit le professeur Fournier « la syphilis peut être portée à la bouche « de plus de cent façons différentes ».

Dans son ouvrage sur les chancres extra-génitaux,

le professeur Fournier classe les modes de contamination en trois groupes distincts qui peuvent à la rigueur se résumer en deux.

Envisageant d'abord la contagion génito-buccale : « Ce mode de contamination, dit-il, est celui qui part « des organes génitaux pour aboutir à la bouche. Il « n'est que trop réel et formellement démontré par un « grand nombre d'observations où les aveux ont été « enregistrés.

« Mais quelle en est la fréquence relative ? impossi- « ble de le savoir. M'est avis cependant que ce mode « de contagion est moins commun qu'on ne le suppose « généralement. Dans le vulgaire on considère tout « chancre buccal comme un témoignage irrécusable de « contamination génito-buccale, et cela même sans « interrogatoire, sans enquête, sans confrontation. Or, « si peu que l'on procède d'une façon moins légère, et « moins sommaire, on acquiert la conviction qu'un « grand nombre de chancres buccaux dérivent en réa- « lité d'une tout autre origine... En tout cas, — et cela « mérite à peine d'être dit — ce mode de contamination « est incomparablement plus commun chez l'homme « que chez la femme, et pour cause. »

Le deuxième mode de contamination, qui est de beaucoup le plus important et aussi le plus fréquent, est celui qui se produit de bouche à bouche soit directement sans l'intermédiaire d'un agent quelconque, soit au contraire par l'entremise d'un objet préalablement souillé par le virus syphilitique.

La connaissance de ce mode de contagion date de

loin comme nous l'avons vu et la syphiligraphie actuelle n'a en somme presque rien ajouté sur ce point.

Dans leur *Traité de pathologie syphilitique et vénérienne*, Belhomme et Martin déclarent : « La contagion « par la bouche peut avoir lieu par les embrassements, « les baisers et par ces mille raffinements de la lubricité « qu'il ne nous appartient ni d'énumérer ni de décrire. « Dans ces cas, la contagion a surtout lieu par les acci- « dents secondaires. On sait combien on observe « souvent les papules muqueuses simples, les papules « opalines, la diphtérite, et les ulcérations à fond « grisâtre siégeant aux lèvres, à la langue, aux gencives « et aux amygdales, pendant toute la durée de la « période secondaire de la vérole. On sait, d'un autre « côté, combien la couche épithéliale de la langue et « surtout celle qui recouvre les lèvres est mince; com- « bien aussi, surtout pendant la saison d'hiver, les « gerçures et excoriations de toutes sortes sont fré- « quentes... Toutes ces conditions sont bien faites pour « faciliter la contagion. »

D'autre part, comme le dit Rollet : Il y a toutes sortes de rapports directs de bouche à bouche. Les uns sont des témoignages d'amitié ou d'un sentiment plus vif qui prolonge et multiplie les contacts ; d'autres, infiniment plus rares, sont des actes de férocité brutale.

Par suite de l'excessive fréquence des lésions secondaires qui pullulent dans la bouche, celle-ci est un véritable « nid de germes contagieux », par excellence un « foyer de vérole », et dans ces rapports directs de

bouche à bouche nous ne pouvons que redonner les conclusions du professeur Fournier.

« La contagion bucco-buccale est susceptible de « s'exercer par tous les contacts, quels qu'ils soient, qui « mettent en rapport la bouche avec la bouche.

« Issue d'un point quelconque de la bouche, la con- « tagion peut se transmettre à un point quelconque de « la bouche.

« L'observation clinique et les confrontations ont « nettement établi, et cela au-dessus de toute contesta- « tion possible, l'un et l'autre de ces faits, à savoir : « 1° — que des contagions issues des parties superfi- « cielles, voire extérieure, de la bouche peuvent se por- « ter jusque sur les parties profondes de la cavité buc- « cale ; — et 2° — que, réciproquement, des conta- « gions issues des parties les plus profondes de la cavité « buccale peuvent inoculer les parties superficielles de « la bouche. »

La contagion bucco-buccale médiate, issue de n'importe quels intermédiaires souillés par le virus syphilitique, est aussi des plus fréquentes, ce qui se comprend aisément.

« Les fonctions que remplit la bouche, dit Rollet, « n'ont-elles pas fait inventer une foule d'instruments « usuels qui, dans certaines classes sociales surtout, « passent souvent, sans lavage préalable, d'un individu « à un autre ? Nous citerons l'exemple d'une dame qui « avait l'habitude de porter à sa bouche la cuiller de « sa cuisinière et qui contracta ainsi le syphilis. Com- « bien de faits de ce genre ne peuvent-ils pas se pro-

« duire dans les ateliers, dans les gargotes, dans les « casernes, dans les prisons, où la même cuiller, le « même verre, le même bidon, la même pipe passent « si souvent d'une bouche à l'autre avec le sans-façon « d'une dangereuse camaraderie ? La bouche qui est le « principal foyer de la syphilis secondaire doit être « aussi, vu la fréquence de ces rapports de bouche à « bouche, le grand réceptacle du chancre infectant « provenant de la contagion de la maladie arrivée à « cette période et naturellement transmise. Ces rap- « ports normaux sont assez naturels, assez nombreux, « assez journaliers pour que nous soyons déjà prépa- « rés à voir sans étonnement le résultat de la statistique « des chancres buccaux. Celle-ci n'admet pas moins « de quatre chancres de la bouche pour cent chancres « indurés, distribués dans les autres régions, propor- « tion énorme que les rapports anormaux seuls n'ex- « pliqueraient pas,.... »

En somme tous les objets pouvant être portés à la bouche : ustensiles d'alimentation, tous objets composant l'arsenal du fumeur, sans oublier les instruments médicaux servant à l'examen de la bouche et de la gorge (abaisse-langue, laryngoscope, miroir à bouche, instruments multiples de dentisterie, etc).

La contamination professionnelle est relativement bien plus rare. On a pu l'observer chez les tapissiers, les emballeurs, les électriciens, etc., en raison d'échanges mutuels de divers objets servant à leur profession. De même chez les verriers, par suite du passage de bouche à bouche de la canne à souffler le verre, on a

eu l'occasion de noter de véritables petites épidémies de syphilis : Rive-de-Gier (1862), Montluçon (1867).

En somme pour nous résumer, il suffit de réfléchir un instant à nos mœurs, à nos habitudes, aux fonctions de la bouche et aux intermédiaires communs que nécessitent ces fonctions, pour ne pas s'étonner que les chancres buccaux soient aussi nombreux vis-à-vis des autres chancres extra-génitaux. L'organe qui entre adultes a le plus de rapports avec la bouche dans toutes ses parties est la bouche elle-même ; les rapports sont de tous les jours, tantôt directs, tantôt indirects ou par intermédiaires.

STATISTIQUES

Les chancres extra-génitaux sont très communs, beaucoup plus communs qu'on ne le suppose généralement ; aussi croyons-nous bien faire, avant d'aborder la question qui nous occupe, de rapporter les propres paroles de M. le professeur Fournier au sujet de la plus grande fréquence actuelle des accidents primitifs extra-génitaux : « Il y a quelques années ces « accidents passaient pour excessivement rares, pour « une véritable curiosité. Aujourd'hui ils abondent et « surabondent dans les services. Pourquoi ? sont-ils « devenus subitement plus nombreux ? ou bien l'es- « pèce humaine est-elle tout d'un coup devenue plus « vicieuse ? Non. La vérité, c'est qu'on les a mieux étu- « diés, qu'on a appris à les mieux connaître et que « bon nombre de chancres, qui passaient inaperçus « auparavant, n'échappent plus aujourd'hui à l'œil de « l'observateur » (*Journal de médecine et de chirurgie*, juillet 1880).

Sur 100 chancres de tout siège, il en est environ 8,9

ou 10 de localisations extra-génitale contre 90 à 92 affectant les organes génitaux ou les régions avoisinantes.

La statistique de M. le professeur Fournier est à cet égard une des plus complètes et des plus intéressantes à étudier.

Sur un total de 1124 cas de chancres extra-génitaux de tout siège, comprenant d'une part une statistique de de ville (642 cas), de l'autre une statistique hospitalière (482 cas), on trouve les localisations suivantes :

Chancres de la région céphalique.	849	cas.
Chancres du membre supérieur .	70	—
— de l'anus et du périnée.	78	—
— du sein	59	—
— du tronc.	33	—
— du membre inférieur .	14	—
— de la région cervicale .	14	—
Total	1.124	

A la simple lecture de cette statistique on remarque le prodigieux excès de fréquence des chancres céphaliques par rapport à tous les autres chancres extra-génitaux. Cela donne environ une proportion de 75 chancres céphaliques sur 100 chancres extra-génitaux de toute localisation.

Un tel fait du reste ne peut étonner si l'on songe, ainsi que nous l'avons vu précédemment, que la bouche qui est un des principaux organes de contagion, est aussi celui avec lequel elle a le plus de rapport. La recherche des différentes localisations des 849 chancres céphaliques précédents le prouve surabondamment :

Chancres de la bouche : 729 cas : lèvres, 567 — langue, 75 — amygdales, 69 — gencives, 11 — palais, 4 — muqueuse des joues, 1.

Chancres de la face : 119 : menton, 54 — joues, 24 — œil, 21 — nez, 18 — front, 2.

Chancres du cuir chevelu : 3 cas.

En cherchant maintenant par le calcul sur les données de cette statistique le pourcentage des deux principales localisations du chancre de la bouche, on obtient les résultats suivants, à savoir que sur 100 chancres extra-génitaux de tout siège, on en trouve une moyenne de 64 ayant leur localisation dans la bouche, et parmi ces derniers 50 environ siégeant sur les lèvres et 6 sur la langue.

Déjà, bien avant cette statistique, M. le professeur Fournier en avait fourni deux autres.

La première, contenue dans un mémoire datant de 1858 et comprenant 77 cas de chancres céphaliques, assignait à chacun d'eux les localisations suivantes dans les deux sexes.

	HOMMES	FEMMES
Chancres de la lèvre supérieure . .	22	4
— — inférieure . .	20	7
— de la langue	9	3
— des commissures labiales .	6	1
— du palais	1	»
— de l'amygdale	1	»
— des gencives	1	»
— du sillon gingivo-labial. .	1	1
Totaux. . .	61	16

Cette statistique, qui est une des premières que l'on ait établie, montre clairement que le chancre buccal est bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme, en particulier pour le chancre de la langue, qui nous occupe, dans la proportion de 3 à 1.

Dans la seconde statistique portant sur 26 chancres extra-génitaux observés à l'Hôpital du Midi, on trouve :

Chancres de l'anus, 6 — chancres des membres, 4 — chancres du nez, 1 — chancres des lèvres, 12 — chancres de la langue, 3, soit pour le chancre de la langue un pourcentage, peut-être un peu élevé, de 11 pour 100.

Différents syphiliographes de l'époque se sont aussi occupés de dresser diverses statistiques sur les localisations extra-génitales du chancre induré ; mais, vu le petit nombre relatif des cas observés, les résultats changent un peu suivant les auteurs.

Pour Bassereau, les localisations affectent les sièges suivants :

Région pubienne, 2 — anus, 1 — fesses, 1 — cuisses, 1 — mains, 1 — joue, 1 — gencive, 1 — lèvre supérieure, 6 — lèvre inférieure, 6 — langue, 4.

Soit donc 24 chancres extra-génitaux, ce qui donne pour la langue un pourcentage de 16 pour 100.

Sur les 15 cas examinés par Clerc, on trouve :

Anus, 5 — cuisses, 1 — lèvres, 5 — pubis, 2 — langue, 1 — paupières, 1.

Le pourcentage ici redescend à 6 pour 100.

La statistique Martin portant sur 19 cas ne présente qu'une seule fois la localisation linguale, soit donc une proportion encore plus faible, environ 5 pour 100.

Dans le travail de Bureaux, apportant 38 localisations extra-génitales, le siège de la langue ne se rencontre qu'une seule fois.

Dans sa thèse sur le chancre de la bouche, Buzenet, en 1858, apporte la statistique suivante :

Chancres de la lèvre supérieure . . .	8 cas.
— — inférieure . . .	9 —
— des commissures labiales. .	1 —
— de la langue	3 —

Le pourcentage du chancre remonte du coup à 14 pour 100.

Avec Humbert, Mauriac, Queyrat, Renault, la proportion descend au voisinage de 6 à 7 pour 100. Leurs statistiques portent respectivement sur :

112 cas — (10 chancres de la langue). Humbert.
226 cas — (12 chancres de la langue). Mauriac.
58 cas — (4 —). Queyrat.
49 cas — (3 —). Renault.

Rollet, vers 1860, réunit 67 observations de chancres buccaux, dont 29 chez l'homme et 28 chez la femme. Chez les premiers, on trouve 8 localisations linguales et 2 seulement pour la femme.

En 1864, dans une statistique prise à Saint-Lazare, Belhomme et Martin apportent 12 cas de chancres extra-génitaux dont 1 seul siégeant sur la langue.

Plus récemment, en 1882, Guignard, sur 16 chancres extra-génitaux observés par lui, ne trouve qu'un chancre lingual.

En 1886, un élève du professeur Fournier, M. Nivet présente une statistique assez complète portant sur

413 chancres céphaliques dont 338 ayant leur siège dans la bouche.

Ces 413 cas se décomposent ainsi : 286, dont 30 chancres de la langue, chez l'homme : 127, dont 6 chancres de la langue, chez la femme. Dans le total de tous ces chancres céphaliques, ceux de la langue arrivent immédiatement au second rang mais de loin après les chancres des lèvres, mais dépassent par contre les autres localisations suivantes : menton, amygdales, paupières, nez, etc.

En 1888, M. Morel-Lavallée fait paraître dans les *Annales de Dermatologie*, une statistique portant sur 31 cas de chancres céphaliques observés dans le courant de cette même année dans le service de M. le professeur Fournier.

Lèvre supérieure, 9 — lèvre inférieure, 7 — menton, 6 — langue, 2 — œil, 2 — joue, 2 — nez, 2 — amygdales, 1,

Le siège lingual, cette fois-ci, passe au troisième rang après le chancre des lèvres et celui du menton.

Dans sa thèse, en 1889, Stourme de Lyon réunit 103 chancres extra-génitaux parmi lesquels il ne rencontre que deux fois la localisation sur la langue.

En 1889, M. Veslin, continuant le travail de M. Morel-Lavallée, ne trouve dans le service de M. le professeur Fournier pour le courant de l'année, que 16 chancres éclos hors de la sphère génitale, dont 17 céphaliques ayant les sièges suivants :

Lèvre inférieure, 9 — amygdales, 4 — langue, 2 — lèvre supérieure, 1 — paupières, 1.

L'année suivante, en 1890, M. Feulard, dans le même service, recueille 39 observations de chancres extra-génitaux dont 25 céphaliques, se décomposant ainsi :

Lèvre supérieure, 8 — lèvre inférieure, 10 — commissures labiales, 1 — langue, 3 — menton, 2 — amygdales, 1.

Le même auteur, en 1892, réunissant les cas observés dans le courant des deux années précédentes, apporte un total de 86 chancres extra-génitaux dont 68 céphaliques. Ces derniers présentent les localisations suivantes :

Lèvre supérieure, 25 — lèvre inférieure, 14 — commissures labiales, 7 — langue, 4 — amygdales, 6 — joue, 2 — menton, 10.

En 1893, M. Reboul, de Bordeaux, dans une statistique portant sur 22 chancres extra-génitaux, ne trouve qu'une seule fois la localisation sur la langue.

Le travail de M. Josso, 1902, qui est le dernier en date touchant la question, réunit 31 observations de chancres de la cavité buccale, ayant les sièges suivants :

Piliers et isthme du gosier, 9 — langue, 2 — face interne des joues, 3 — palais, 10 — voile du palais, 7.

A l'étranger, dans ses dernières années, plusieurs auteurs ont dressé des statistiques des localisations extra-génitales du chancre syphilitique.

C'est ainsi que Pospelow, étudiant les contagions insolites de la syphilis, recueille, sur un laps de temps de dix ans, de 1878 à 1888 inclusivement, un nombre

total de 198 chancres extra-génitaux, observés à l'hôpital de Mjassnitky, de Moscou.

Ces 198 chancres se décomposent ainsi suivant les sexes :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Lèvres.	20	29	49
Gencives	1	»	1
Langue	1	2	3
Bouche (sans autre désignation).	14	32	46
Seins	»	69	69
Membres supérieurs . . .	3	3	6
Membres inférieurs . . .	»	4	4
Nez.	1	»	1
Anus	»	5	5
Menton	»	1	1
Paupières.	3	»	3
Tronc	10	»	10

Dans cette statistique assez complète le nombre total des sujets infectés par la bouche s'élève à 99 : 36 hommes et 63 femmes. On remarquera néanmoins l'infime minorité du chancre de la langue puisqu'il ne compte dans le total que pour 3 cas.

En 1890, dans un travail paru dans le journal *The Lancet*, A. Cooper note au contraire une proportion beaucoup plus considérable : un chancre lingual sur sept de tout siège.

Cette proportion est elle-même encore inférieure à celle que trouve Marrisson, à New-York. Sur 20 cas de

localisations extra-génitales observées par lui, il constate 4 fois le chancre lingual.

En 1891, Pawlow observe à Moscou 1.236 individus atteints de syphilis et ne note que 10 fois une infection extra-génitale dont une seule à la langue.

De 1884 à 1892, Salsotto de Turin réunit 201 cas de chancres syphilitiques extra-génitaux se décomposant ainsi :

Menton, 3 — joue, 2 — front, 1 — paupières, 2 — gencives, 1 — lèvres, 61 — langue, 2 — seins, 108 — bras, 12 — doigts, 3 — dos, 1 — région inguinale, 2 — cuisses, 1 — anus, 2.

Dans cette statistique, la proportion du chancre lingual vis-à-vis des autres infections extra-génitales est la plus faible qui ait été observée jusque-là puisqu'on ne trouve même pas un chancre de la langue pour cent.

R. Krefting de son côté, en 1894, récolte dans ses observations 280 chancres extra-génitaux dont 216 ayant leur siège à la tête. Il trouve pour ces derniers les localisations suivantes :

Menton, 1 — front, 1 — cuir chevelu, 2 — pharynx, 58 — gencives, 1 — lèvres et commissures, 142 — langue, 11.

Ces 11 chancres de la langue se sont rencontrés : 3 fois chez l'homme, 3 fois chez la femme, et 5 fois chez des enfants.

A Prague, F. Bloch, dans la clinique du professeur Pick, réunit toutes les infections extra-génitales observées pendant 11 ans, de 1885 à 1895 exclusivement, et trouve un total de 92 cas, dont 66 pour l'extré-

mité céphalique, ces derniers se décomposant ainsi :

Lèvres, 46 — commissures, 5 — conjonctive, 2 — menton, 5 — langue, 2 — amygdales, 3 — nez, 1 — joues, 2.

A New-York, E. Harrisson Griflon, réunissant les cas observés par lui dans le courant de la même année, 1896, trouve un total de 20 chancres extra-génitaux, dont 16 siégeant à la tête. Parmi ceux-ci, la langue entrait en ligne de compte pour 4 cas.

Depuis cette époque, la dernière statistique assez complète, qui ait été publiée à l'étranger, est celle de Vignolo-Lutati (1903). Cet auteur, dans une période de temps de 6 ans (1er janvier 1896, 31 décembre 1901), constate, sur 1.303 syphilitiques examinés par lui, 52 fois une infection extra-génitale : 21 fois chez l'homme, 31 fois chez la femme.

Sur ce nombre le chancre céphalique se rencontre 34 fois, dont un seul cas pour l'infection linguale.

Si reprenant maintenant toutes ces statistiques, tant françaises qu'étrangères, nous cherchons à en avoir une vue d'ensemble, il ne nous est guère possible d'en retirer à la première lecture des conclusions absolument probantes et convaincantes pour le sujet qui nous occupe, à savoir : la fréquence relative du chancre de la langue vis-à-vis des autres infections primitives extra-génitales ; car suivant que l'on se conformera à telle ou telle statistique, les chiffres obtenus varieront dans des limites assez étendues et le pourcentage, qui pour les uns se sera trouvé très faible, pourra au contraire se trouver pour d'autres très élevé.

A tout prendre néanmoins, cette proportion se maintient en général dans des limites assez restreintes dans les statistiques portant sur un assez grand nombre de cas observés ; en moyenne ces limites varient de 5 à 9 pour 100. Exception doit être faite cependant pour certaines statistiques étrangères, entre autres celle de Salsotto qui, bien que portant sur 201 observations, ne marque que deux chancres de la langue (0,9 pour 100).

Le travail de M. le professeur Fournier, qui a réuni le nombre total de 1124 infections extra-genitales, est certainement le plus complet et aussi celui dont on peut retirer les conclusions les plus certaines.

Quant aux statistiques que nous avons passées en revue et qui ne portent que sur une infime minorité de cas observés, les résultats obtenus sont des plus contradictoires avec les précédents. Les pourcentages sont tous très élevés, atteignant et dépassant même, 14, 20 pour 100.

Poursuivant aussi pour notre part la voie ouverte par ces différents auteurs, nous avons recueillis dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, un certain nombre de chancres extra-génitaux, dont quelques-uns ayant la langue pour siège. Notre statistique, qui porte sur un laps de temps de deux ans et demi (novembre 1902-avril 1905), a réuni 135 cas d'accident primitif éclos hors de la sphère génitale, se décomposant ainsi :

	HOMMES	FEMMES
	—	—
Sein.	1	5
Anus	8	4
Région sus-pubienne . .	6	»
Région inguinale . . .	2	»
Cuisses	1	1
Jambe.	1	»
Avant-bras	»	1
Mains et doigts . . .	6	1

Soit jusqu'ici pour le tronc et les membres un total de 37 chancres (hommes: 25, femmes: 12). Les chancres céphaliques, qui nous restent à examiner, comprennent 98 cas ayant les siéges suivants :

	HOMMES	FEMMES
	—	—
Lèvre inférieure . . .	9	12
Lèvre supérieure . . .	15	15
Commissures labiales .	2	1
Langue	9	3
Amygdales	5	7
Gencives.	»	2
Muqueuse des joues . .	1	»
Menton	9	1
Joues	4	1

Report . .	54	22
Sourcil	1	»
Cuir chevelu	1	»
Totaux . . .	56	42

Dans ce relevé on peut constater, ce que l'on a déjà remarqué dans de précédentes statistiques, que la plus grande partie des chancres céphaliques a son siège dans la bouche (81 ch. sur 98) et que parmi ces derniers le chancre labial (54 ch.) l'emporte de beaucoup sur les autres localisations. Après lui, mais bien loin en arrière, arrivent de pair les chancres de la langue et des amygdales, avec chacun 12 cas.

En somme, en établissant le pourcentage des diverses localisations les plus importantes que nous ayons relevées, nous constatons que sur 100 chancres extra-génitaux de tout siège, il s'en trouve 72 céphaliques dont 60 buccaux, et parmi ces derniers 40 aux lèvres, 8 approximativement sur la langue ainsi que sur les amygdales.

En mettant en parallèle, le pourcentage tiré de la statistique de M. le Professeur Fournier, on trouve sensiblement des chiffres identiques, (sur 100 chancres extra-génitaux, 75 céphaliques dont 64 buccaux ; parmi ceux-ci : 50 aux lèvres, 6 sur la langue, 6 sur les amygdales).

Quant à la proportion relative entre l'homme et la femme des chancres, principalement buccaux, en ce qui nous intéresse, elle est sensiblement la même (41 contre 40). Ceci est encore vrai pour deux de leurs princi-

pales localisations (lèvres : 26, H 28 F. — amygdales : 5, H. 7 F), par contre il n'en est plus de même pour la langue. Ici le nombre des chancres chez l'homme l'emporte de beaucoup sur ceux de la femme (9, H — 3 F), dans la proportion de 3 à 1, rapport identique à celui que l'on retire de la statistique de M. le professeur Fournier.

OBSERVATIONS

Le chancre syphilitique de la langue ne siège pas avec le même ordre de fréquence sur les différentes parties de la langue et l'on conçoit aisément qu'il ne pourrait guère en être autrement. Par suite des divers modes de contagion que nous avons déjà énumérés, on comprend facilement que ce sont les parties les plus accessibles qui sont les plus fréquemment atteintes. La face inférieure de l'organe, presque toujours suffisamment protégée contre une contamination directe, n'est que très rarement le siège d'un chancre.

M. le professeur Fournier dans son ouvrage sur les chancres extra-génitaux écrit ce qui suit : « Le « chancre lingual a un siège de prédilection par excel- « lence, à savoir : le tiers antérieur de la langue, pour « l'énorme majorité des cas, à la partie supérieure, « pour un petit nombre de cas seulement, au niveau « même de la pointe, bien plus rarement sur les bords « latéraux. Dans un seul cas, il occupait dans ma

« statistique le segment postérieur de la langue. On l'a « observé encore sur la partie inférieure de l'organe, « mais il est très rare, tout à fait exceptionnel en ce « point. »

Dans sa thèse, M. Nivet a dressé une statistique de ces différentes localisations. Les cas réunis par lui s'élevaient à 36 et se décomposaient ainsi suivant les sexes :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
	—	—	—
Pointe.	2	1	3
Face Dorsale : p^{ie} ant^{re}	2	»	2
« : p^{ie} post^{re}	1	»	1
Bords : p^{ie} ant^{re}. . . .	1	2	3
Siège indéterminé . .	24	3	27

Si en regard de ces chiffres, nous relevons les 12 observations que nous avons recueillies dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, nous obtenons la comparaison suivante :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
	—	—	—
Pointe.	2	»	2
Face Dorsale : p^{ie} ant^{re} .	5	1	6
« : p^{ie} post^{re} .	1	»	1
Bords	1	2	3
	——	——	——
Totaux. . . .	9	3	12

La moitié des chancres que nous avons observés siégeaient donc sur la partie antérieure de la face dorsale, alors que seule, une infime minorité, avait son siège au niveau même de la pointe.

Observation I

G. A..., âgé de 25 ans exerçant la profession de forgeron vient consulter à la clinique le 23 avril 1904. Le malade présente à cette date des plaques muqueuses de la langue surtout à l'extrémité antérieure, vers la pointe, où la langue est fissurique. Plaques muqueuses de la lèvre supérieure près de la commissure gauche.

Roséole datant de quinze jours à peu près. Syphilides du front.

Le malade raconte qu'à la place, où l'on voit actuellement des plaques muqueuses à l'extrémité de la langue, est apparu il y a deux mois à peu près exactement un bouton qui s'est ulcéré et qui a diminué de volume peu à peu. En même temps des ganglions rétro-maxillaires se sont développés du côté gauche. Rien du côté droit. L'engorgement ganglionnaire subsiste encore actuellement.

La plaque muqueuse qui recouvre maintenant l'ancien chancre est beaucoup plus ulcérée que ses voisines. On sent de plus très bien l'induration sous-jacente.

Le diagnostic de la maladie n'a été fait par un médecin de ville que depuis quinze jours, date de l'apparition de la roséole, et, où un traitement spécifique a été institué.

Entré à l'hôpital ce même jour, le malade en sort guéri le 2 mai après un traitement par les piqûres de benzoate et l'iodure de potassium.

Continue le traitement chez lui : pilules et KI.

Observation II

H. A..., 42 ans, livreur de son état, entre à l'hôpital le 2 janvier 1904. A présenté il y a deux mois un chancre induré de la partie moyenne de la langue, à cinq centimètres au moins de la pointe.

Actuellement le chancre a laissé une cicatrice saillante creusée d'une fissure profonde, et s'est transformé *in situ* en plaque muqueuse. Rien dans la gorge. On trouve encore au niveau de l'angle du maxillaire gauche un ganglion induré. Du côté droit, aucun vestige d'un ancien engorgement ganglionnaire.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'éruption de roséole ne s'est pas encore montrée.

Celle-ci se développe quelques jours plus tard et se généralise vers le 10 janvier. Syphilides papulo-tuberculeuses, croûteuses par place, squameuses et revêtant un aspect psoriasiforme sur les fesses et la région lombaire.

Syphilides de la paume des mains. Plaques muqueuses au pied gauche entre le pouce et le deuxième orteil. Quelques syphilides sur le cuir chevelu. Rien à la verge.

On institue le traitement : piqûre de benzoate. KI.

Le malade sort le 16 janvier sur sa demande et continue le traitement chez lui.

Observation III

Mme D..., couturière, âgée de 22 ans, est mariée depuis trois ans. Environ trois mois après son mariage, elle a contracté un accident primitif à la langue avec engorgement ganglionnaire des deux côtés. La malade a pris du mercure depuis cette époque mais d'une façon très irrégulière.

Actuellement, *2 juillet 1903.* — Mme D..., enceinte de 5 mois, présente effectivement sur la partie antérieure de la face dorsale de la langue, vers la partie médiane, une cicatrice relativement peu apparente mais dont l'induration a conservé toute sa netteté. Il existe encore un ganglion rétro-maxillaire surtout marqué à gauche.

De plus la malade présente sur la cuisse droite et aussi sur la gauche, mais avec moins d'intensité, des taches maculeuses érythémateuses qui semblent être de l'érythème tertiaire. Traitement : piqûres de benzoate. Régime lacté.

Observation IV

Le nommé V. T..., maçon, âgé de 24 ans, vient consulter à la clinique, le 26 mai 1904. Aucun antécédent personnel intéressant ; jamais de chancre antérieurement. Les derniers rapports sexuels datent environ d'un mois et demi. Il y a une quinzaine de jours, s'est aperçu fortuitement qu'il avait une écorchure sur le dos de la langue. Actuellement on remarque à son niveau un chancre induré situé exactement sur la région médiane à l'union de la moitié antérieure avec la moitié postérieure du dos de la langue.

Adénopathie très indurée, cartilagineuse, sous l'angle droit de la mâchoire Indolores actuellement, ces ganglions ont été un peu douloureux au moment de leur apparition.

Rien sur le corps, ni sur les organes génitaux.

Le malade entre à l'hôpital et est mis au traitement par les piqûres. Dix jours après son entrée, éruption roséolique généralisée.

Le malade sort le 19 juin guéri et continue à se traiter par les pilules de Dupuytren.

Observation V

Le nommé T..., couvreur, âgé de 32 ans, vient consulter pour une écorchure de la langue, apparue depuis trois semaines avec retentissement ganglionnaire sous-maxillaire droit. A l'examen on constate sur la face dorsale de la langue une fissure médiane, longue environ de quatre centimètres et entourée d'une zone rouge dépapillée. L'induration est assez nette.

Les ganglions sous-maxillaires droits sont seuls nettement marqués, pas de roséole. Le malade est mis au traitement par les piqûres de benzoate.

Huit jours plus tard, éruption papuleuse qui ne tarde pas à se généraliser en confirmant ainsi le diagnostic porté.

Observation VI

E. G..., âgé de 37 ans, entre à l'hôpital le 18 janvier 1903. Il a présenté dans le courant de 1889 un accident primitif lingual pour lequel il a été soigné dès le début par M. le professeur Fournier. Ce chancre, suivant les dires du malade, siégeait au niveau de la pointe même de la langue, et a bientôt été suivi d'accidents secondaires : plaques muqueuses buccales. Roséole, deux mois après, sans céphalée, ni chute de cheveux.

Depuis cette époque, le malade n'a rien remarqué d'anormal, sauf en octobre 1902, où sont apparues au niveau du genou droit des syphilides papulo-tuberculeuses, en même temps que des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

A l'examen, on ne constate pas actuellement de signe de Romberg.

Le réflexe rotulien est plutôt exagéré. Inégalité pupillaire, avec mydriase du côté gauche. La pupille gauche ne réagit pas à la lumière, tandis que la droite réagit.

On soumet le malade au traitement par les piqûres d'huile grise.

Observation VII

Mme H..., âgée de 29 ans, venue à la consultation le 24 mars 1903, déclare avoir eu, il y a deux ans, un chancre de la langue à la suite de l'extraction d'une dent.

On constate encore actuellement une cicatrice légère, mais à base toujours indurée, sur le bord gauche de langue, à deux centimètres environ de la pointe. Pas de ganglions, ou du moins très petits ganglions sous-maxillaires à gauche.

La malade fut traitée pendant deux ans par des pilules.

Accouchée, il y a deux mois, elle vient consulter pour son enfant qui a présenté, d'abord du coryza, et, depuis trois semaines, des syphilides papulo-squameuses périlabiales et périnasales.

Traitement. — Liqueur de Van Swieten.

Observation VIII

A. D..., inspecteur d'assurance, 35 ans, vient à la consultation le 19 juin 1903.

En fin février, après des rapports extra-conjugaux dont le malade ne peut préciser la date, s'est développé sur l'extrémité antérieure du bord gauche de la langue une ulcération rouge foncée, assez douloureuse. Presqu'en même temps se sont développés aussi des ganglions sous-maxillaires et bilatéraux, ainsi que des ganglions rétro mentonniers. Ces derniers étaient particulièrement volumineux et très durs.

Le 14 avril, on procède à l'ablation de cette ulcération et de la lèvre au thermocautère. La pièce fut envoyée au laboratoire

de l'Hôtel-Dieu de Paris, par le chirurgien de province qui avait pratiqué l'opération. Là, l'hypothèse de néoplasme fut éliminée et l'on fit le diagnostic histologique de chancre syphilitique très probable.

Par contre un autre histologiste fit le diagnostic d'épithélioma, après examen de la plaie post-opératoire, et un autre médecin, celui d'ulcération d'origine dentaire.

Etant donné le premier diagnostic de l'Hôtel-Dieu, on a mis le malade au traitement mercuriel. Le sujet n'a pas eu de roséole, mais des petits boutons, que les médecins, qui l'ont examiné, ont qualifiés d'acné.

Depuis deux mois, mal de gorge, chute des cheveux.

Etat actuel. — *Bouche*:

1° A l'extrémité du bord gauche de la langue, cicatrice arrondie à fond un peu irrégulier, consécutive à l'opération. Elle est sous-tendue par une base très indurée et sa coloration est d'un rouge très foncé.

2° On trouve des ganglions sous-maxillaires plus marqués à gauche et des ganglions rétro-mentonniers très durs. Les masses ganglionnaires sont en voie de régression et ont beaucoup diminué depuis quelques semaines.

3° Il existe en ce moment des plaques muqueuses sur les deux amygdales, principalement sur celle du côté gauche, un amas de papules sur la face supérieure de la langue en avant du V lingual, un autre sur la lèvre inférieure et un dernier median.

Peau. — Quelques lésions d'acné.

Organes génitaux: pas de trace de chancre ancien. Pas d'adénopathie inguinale. Syphilides papulo-érosives des bourses et de l'angle péno-scrotal. Rien à l'anus.

Légère alopécie en clairière.

Diagnostic. — Il s'agit évidemment d'un chancre syphilitique lingual pris pour un épithélioma et extirpé pour tel.

Observation IX

Le nommé F. N..., âgé de 35 ans, tourneur de profession, entre à l'hôpital le 26 août 1904.

Il y a un mois début d'un accident primitif, de la région médiane de la face dorsale de la langue, sous forme d'une fissure longitudinale, Les bords sont de coloration rouge-vif très marqué.

La base est nettement indurée.

Il n'existe qu'un ganglion rétro maxillaire à gauche.

Depuis huit jours, apparition d'une syphilis secondaire sur le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, présentant par place les caractères de syphilides papulo-érosives et même papulo-ulcéreuses. On remarque de plus quelques lésions d'acné disséminées, principalement au dos.

Absence congénitale de cils. Pas de céphalée.

Traitememt. — Piqûres de benzoate et iodure.

Observation X

H. D..., 31 ans, couvreur. Bonne santé halituelle. A vu apparaître, il y a deux mois, deux petites ulcérations sur la langue. L'une d'elles n'a pas tardé à disparaître, mais la seconde, siégeant sur la partie antérieure de la face dorsale de la langue, a mis plus d'un mois à se cicatriser. Actuellement, cette cicatrice est très indurée, et se trouve de plus accompagnée, du côté droit, d'une adénopathie sous-maxillaire dure, indolente, très volumineuse. Les ganglions rétro-mentonniers ne sont pas pris.

Rien dans les aines, ainsi qu'aux organes génitaux.

Roséole, taches bien limitées sur le tronc, plaques muqueuses de l'anus.

Plusieurs plaques opalines sur l'amygdale gauche, ainsi qu'au pilier antérieur du côté droit.

On soumet le malade au traitement par les piqûres et l'iodure de K.

Observation XI

Mme R. G..., âgée de 29 ans, cuisinière de profession, vient à la consultation, le 10 juillet 1903, pour un accident primitif de la langue en voie de cicatrisation et datant de cinq semaines.

Au dire de la malade, quelques jours après son début, cette petite ulcération s'était agrandie rapidement, s'était tuméfiée et était devenue pendant quelques jours très douloureuse.

Sous la cicatrice actuelle, persiste une induration très manifeste. Peu de ganglions; seuls les ganglions sous-mentonniers sont manifestement engorgés.

Commencement de roséole depuis quelques jours. A l'heure actuelle l'éruption n'est pas encore complètement généralisée.

Traitement. — Piqûres de benzoate.

Observation XII

Le nommé J. A..., âgé de 52 ans, exerçant la profession de mécanicien, entre à l'hôpital le 6 avril 1904.

A son arrivée, il présente sur la voûte et le voile du palais des plaques muqueuses datant d'une quinzaine de jours.

Plaques muqueuses de la gorge dont le malade ne s'est pas aperçu.

Sur la partie médiane de la langue, tout à fait dans sa moitié postérieure, on constate la présence d'une plaque muqueuse très hypertrophique.

Cette plaque muqueuse linguale a succédé à une grosseur

siégeant au même point, ayant débuté au mois de janvier 1904 et pour laquelle le malade a été traité à la consultation de Saint-Louis par des pilules.

Il est probable qu'il s'agissait de l'accident primitif, car le malade ne présente aucune trace de chancre sur les organes génitaux.

Sur le gland, on constate bien, au-dessus du méat, une petite tache rouge d'apparence cicatricielle, mais la base n'est pas indurée et le malade dit l'avoir toujours eue depuis sa naissance.

On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire aux aines, mais par contre on constate des ganglions sous-maxillaires à droite et à gauche ainsi qu'un petit ganglion sous-mentonnier.

Pas de roséole connue. Le malade a eu en septembre 1903 une éruption traitée à Saint-Louis par de la pommade à l'oxyde de zinc. Cette éruption a disparu facilement en quelques jours, et d'ailleurs elle se trouve être antérieure à l'accident lingual.

Traitement. — Pilules de Dupuytren. Iodure de K.

Sort le 16 avril et continue le traitement chez lui.

Ainsi que l'on peut s'en rendre compte par la lecture des observations précédentes, le chancre lingual offre à peu près toujours, quel que soit son siège, les mêmes caractères qui permettent et facilitent son diagnostic.

Cliniquement, M. le professeur Fournier en a décrit quatre formes distinctes qu'il a traitées magistralement dans son ouvrage : *De la syphilis,* et que nous ne ferons que résumer très brièvement :

Une première forme, érosive, de beaucoup la plus

fréquente, se caractérisant par une simple abrasion du tégument muqueux ;

Une deuxième forme, ulcéreuse, entamant le tégument muqueux creusé en cupule ou en cuiller ;

Une troisième forme, fissurique, dans laquelle le chancre, logé dans un pli lingual dont il suit la direction, est représenté par une érosion allongée et effilée ;

Enfin une quatrième forme, scléreuse, spéciale aux chancres de l'extrémité de la langue, et dans laquelle tout le segment antérieur de l'organe est converti tout entier en un bloc néoplasique d'une résistance et d'une dureté remarquable. Cette dernière forme est incontestablement la plus rare.

La forme fissurique, que M. le professeur Fournier ne range suivant l'ordre de fréquence qu'au troisième rang, nous a paru beaucoup plus commune. C'est ainsi que sur le total de nos douze observations, quatre appartiennent à cette variété. (Observations I, II, V, IX).

En dehors de ces quelques caractères morphologiques particuliers, le chancre lingual présente un certain nombre de signes qui lui appartiennent presque en propre.

En laissant de côté les dimensions des ulcérations toujours variables et qui peuvent aller de quelques millimètres à un et même deux, trois centimètres, on constate que « ces ulcérations sont toujours fortement « indurées et présentent comme un noyau plus ou « moins profondément enchaîné dans l'intimité des « tissus linguaux, tout en faisant assez fortement saillie à la surface de la muqueuse » (Demarquay). Néan-

moins, pour être manifestement indurés, les chancres de la langue ne présentent pas la richesse de suffusion plastique que l'on observe sur les chancres du bord libre des lèvres. L'induration n'y produit pas ces tumeurs, ces déformations que l'on observe sur ce dernier point ; elle y est plus limitée, plus restreinte.

Quant à la gêne fonctionnelle de l'organe déterminée par le chancre, elle est toujours à peu près nulle. Il en est de même pour les phénomènes douloureux, sauf cependant pour le cas qui est relaté dans l'observation XI.

L'adénite concomitante, qui accompagne toujours le chancre lingual et qui est toujours très précoce, est un des meilleurs signes de diagnostic. Cette adénite est ordinairement aphlegmasique, indolente, dure, et le plus souvent multiple, tous caractères que nous avons observés chez nos malades. Quant au siège de cette adénite, il est régi par la distribution des lymphatiques qui partent de la langue. Voici la description qu'en donne Sappey : « Parmi les lymphatiques de la langue, « les uns postérieurs, se rendent à plusieurs ganglions « situés au devant de la veine jugulaire externe, les « autres, antérieurs, de beaucoup les plus importants « se rendent à un ganglion qui tantôt est accolé à la « glande sous-maxillaire et tantôt à la grande corne « de l'os hyoïde. Enfin les réseaux, qui recouvrent les « parties latérales de la langue, se terminent dans les « ganglions de la partie médiane et latérale du cou. »

C'est donc dans ces différents sièges que l'on sera appelé à rechercher l'engorgement ganglionnaire qui

peut être double, bilatéral, alors même que le chancre n'occupe qu'un des côtés de la langue. Comme nous le disions plus haut, cette adénite est un des moyens les plus importants de diagnostic.

Pospelow, en 1889, écrit lui-même : « En dehors « d'un cas type d'un chancre induré et des diverses « manifestations de la syphilis, le meilleur et aussi le « plus précoce des signes du chancre lingual est l'adé- « nite cervicale totale ou partielle des ganglions sous- « maxillaires. »

Cette adénite de plus persiste très longtemps même après la cicatrisation du chancre, et permet ainsi quelquefois de faire le diagnostic rétrospectif de lésion syphilitique. Ce fait, il est vrai, n'est pas spécial au chancre lingual.

Nous ne ferons que passer rapidement en revue les principales affections de la langue qui peuvent être confondues avec le chancre lingual. Suivant les variétés cliniques que présente ce dernier, le diagnostic porte spécialement sur telles ou telles lésions. Nous ne pouvons faire mieux que reproduire ici quelques passages de l'ouvrage : *Des chancres extra-génitaux* de M. le professeur Fournier.

« Le chancre de forme érosive peut se prêter à des « confusions faciles, quant à ses caractères objectifs, « avec nombre de lésions buccales, telles que l'herpès, « l'aphte, l'hydroa, les érosions leucoplasiques, etc, « mais à un examen attentif, il s'en distingue nette- « ment par deux caractères fondamentaux, à savoir : « l'induration de base et l'adénopathie.

« Une erreur des plus faciles à commettre est rela-
« tive aux syphilides linguales secondaires. Objective-
« ment en effet certaines plaques muqueuses de la
« langue sont presque absolument identiques au chan-
« cre érosif de même siège. Il n'est pas rare d'ailleurs
« qu'elles coexistent avec des engorgements ganglion-
« naires péri-buccaux. Deux considérations cependant
« suffisent en général à distinguer le chancre de la pla-
« que muqueuse, à savoir : 1° dureté de base, cons-
« tante avec le chancre, absente avec la plaque mu-
« queuse ; 2° évolution morbide. Chronologiquement,
« le chancre est l'exorde, le premier accident de la série
« syphilitique,

« La plaque muqueuse au contraire n'est qu'un acci-
« dent consécutif de second rang. »

Un autre point intéressant à noter est la tendance que présentent les chancres linguaux à se transformer *in situ* en plaques muqueuses, fait que nous avons remarqué dans quatre de nos observations. Dans ces cas, le diagnostic rétrospectif est le plus souvent facile par suite de la persistance de l'induration de base, de l'adénopathie.

Quant au chancre de forme ulcéreuse, il est des plus intéressants à diagnostiquer. C'est qu'en effet plusieurs affections importantes de la langue présentent avec le chancre ulcéreux de réelles similitudes objectives, d'où peuvent résulter de regrettables confusions. Ces principales lésions que nous ne ferons qu'énumérer sont les suivantes : l'ulcère sublingal de la coqueluche, les syphilides ulcéreuses secondaires ou tertiaires, la

glossite dentaire, l'ulcère tuberculeux, la glossite spécifique tertiaire, et enfin l'épithélioma, qui est, de toutes, l'affection la plus utile à savoir bien reconnaître. Ce diagnostic est en effet capital pour le malade par suite du traitement chirurgical qui s'impose dès la connaissance d'une tumeur maligne.

On a pris souvent le chancre lingual syphilitique pour un cancroïde et on l'a traité en conséquence par l'ablation (dans notre observation VIII) nous relatons un fait de ce genre).

Les accidents secondaires sont venus plus tard révéler l'erreur qui eût pu être évitée par une étude attentive de la marche de l'affection, l'absence de douleurs lancinantes, le bon état de la santé, l'âge du sujet, la présence de l'adénite précoce, et surtout l'influence d'un traitement spécifique.

On a pris inversement des cancroïdes pour des chancres, mais l'inefficacité du traitement mercuriel et ioduré, son influence nuisible même, ne tardent pas à éclairer le chirurgien qui, dans les cas douteux, ne doit jamais hésiter à faire une tentative de traitement de ce genre (en supprimant dans ce cas l'iodure et en n'employant que le traitement mercuriel seul) avant que d'en venir à une opération radicale.

PRONOSTIC

Les chancres extra-génitaux en général ont mauvais renom, et comme le dit M. le professeur Fournier : « Il s'est fait autour des syphilis d'origine extra-géni- « tale une légende, — ou du moins une opinion —, « d'après laquelle ces syphilis seraient particulièrement « graves, plus graves que les syphilis usuelles dérivant « d'une origine génitale. On les considère vaguement « et sans rien préciser comme de « mauvaises syphilis » « destinées à infliger à leurs victimes des accidents « multiples, pouvant aboutir aux plus regrettables ter- « minaisons. »

Cette opinion ne date pas d'aujourd'hui et dès le XVI[e] siècle elle avait cours dans les différentes classes de la société.

Sydenham nous dit : « Les effets du virus appliqué « de cette manière (les baisers) ont été dans tous les « cas beaucoup plus violents et plus opiniâtres que « lorsque la surface rouge des parties génitales en est « le siège. »

On ne peut nier en effet que quelquefois on a eu l'occasion d'observer des syphilis plus ou moins sérieuses, voir malignes, comme conséquence d'infections de cet ordre, mais ce fait n'est pas spécial aux chancres extra-génitaux, et M. le professeur Fournier, dans un de ses travaux,a parfaitement élucidé cette question : « Ayant « pris un certain nombre de syphilis ayant abouti à ce « qu'on appelle le tertiarisme, soit 1.200 cas dont j'avais « l'histoire complète, j'ai recherché quel avait été dans « ces 1.200 cas le siège du chancre ..... Or, voici ce que « m'a fourni le dépouillement de ces observations : « sur 1.200 cas d'accidents tertiaires, 1.125 ont dérivé « de chancre syphilitique génital et 75 de syphilis à « chancre extra-génital. Ramenant ces chiffres par le « pourcentage à des expressions plus aisément intelli- « gibles, on peut dire que sur 100 cas d'accidents ter- « tiaires, il y en a environ 6 à 7 qui résultent d'un « chancre extra-génital, contre 93 à 94 qui proviennent « d'un chancre génital. Or ces chiffres sont rigoureu- « sement ceux qui traduisent la fréquence relative du « chancre extra-génital, puisque, d'après une autre sta- « tistique, on compterait pour 100 chancres de tout « siège, environ 6 à 7 chancres extra-génitaux contre « 93 chancres génitaux. D'où cette conclusion : que la « proportion des accidents tertiaires dérivant des chan- « cres extra-génitaux est rigoureusement équivalente à « la proportion relative de fréquence de ces deux ordres « de chancres. La gravité de la syphilis reste donc la « même dans ces deux cas. »

Différents auteurs qui se sont occupés de ce point

sont arrivés au même résultat et, en 1897, F. Münchheimer écrivait : « Le pronostic de la syphilis par l'in-« fection extra-génitale n'est pas plus grave que celui « de la syphilis contractée par la voie génitale. Dans « les deux cas, l'évolution de la syphilis constitution-« nelle est déterminée par des facteurs qui sont indé-« pendants en eux-mêmes de la localisation de l'affection « primaire ».

Dans les observations que nous avons recueillies, nous n'avons noté que deux cas arrivés au tertiarisme (observation III, VI). L'un a présenté une syphilis assez grave ; l'autre par contre bénigne. Ces deux faits s'étant trouvés isolés, nous n'avons pu en tirer des conclusions certaines.

A la suite de la communication à la Société de dermatologie de M. le professeur Gaucher et M. le Dr Milian au sujet de l'échéance avancée de la période secondaire dans certains chancres des lèvres, nous avons recherché dans nos observations s'il pouvait en être de même pour le chancre lingual. Quatre seulement ont pu nous donner un résultat utile (observations I, II, IX, XI). Le laps de temps écoulé pour chacune d'elles, entre l'apparition du chancre et l'éruption roséolique, est respectivement :

Observation	I. . . .	environ	6	semaines
»	II . . .	—	8	—
»	IX . . .	—	4	—
»	XI . . .	—	5	—

Si nous considérons, ainsi que l'écrit M. le profes-

seur Fournier, que dans l'immense majorité des cas les accidents secondaires n'apparaissent qu'au cours de la septième semaine qui suit le début du chancre, on peut constater que sur ces quatre observations une seule rentre dans les délais fixés (observ. II). Les trois autres, surtout les deux dernières, rentrent manifestement dans le cadre des accidents secondaires dits précoces.

CONCLUSIONS

Si l'étude des chancres extra-génitaux n'est que de date absolument récente, leur connaissance remonte jusque vers le Moyen-âge, et la première mention faite du chancre lingual appartient à Astruc (1736).

Presque toujours, le chancre syphilitique lingual a pour cause une inoculation de la matière sécrétée par des accidents secondaires.

Le mode de contamination le plus fréquent est celui qui se produit de bouche à bouche, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un objet quelconque préalablement souillé.

La fréquence relative du chancre syphilitique lingual vis-à-vis des autres infections extra-génitales, est comme 8 à 100.

Comme siège buccal, il vient immédiatement en ligne au second rang après le chancre des lèvres.

Il est de plus trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

La syphilis issue du chancre lingual ne semble pas

être plus grave que la syphilis provenant d'une infection génitale.

L'échéance de la période secondaire semble être, pour une certaine part, légèrement avancée sur les délais normaux.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Astruc. — Traité des maladies vénériennes. 1740.

André. — Syphilis extra-génitale. *Thèse de Paris.* 1895-96.

Belhomme et Martin. — Traité de Pathologie syphilitique et vénérienne. Paris 1864.

W. L. Baum.—*Journal of the american medical association.* Janvier 1900.

Bloch. — *Archives für Dermatologie und syphiligraphie,* 1897.

Buzenet. — Du chancre de la bouche. *Thèse de Paris,* 1858.

Von Broich. — Syphilis extra-génitale. *Archives für Dermatologie und syphiligraphie,* 1889-90.

Cavazzani. — Chancres extra-génitaux. *La Riforma medica.* 1891.

A. Cooper. — Note on extra-génital syphilitic contagion. *The Lancet.* Octobre 1890.

Demarquay. — Article : LANGUE : in nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

Derville. — Chancres extra-génitaux. *Journal des sciences médicales de Lille.* Septembre 1901.

Danlos. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* 1902.

Ducastel. — Chancres génitaux et extra-génitaux.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. Tome V.

Fabre. — Traité des maladies vénériennes, 1768.

Feulard. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie,* 1892.

Fournier. — *Journal de médecine et de chirurgie.* Juillet 1880.

Fournier. — Article : CHANCRE : in Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.

Fournier. — Traité de la syphilis

Fournier. — Manifestations linguales de la syphilis : *Union médicale*, 1890. nos 55, 57, 58, 61.

Fournier. — Les chancres extra-génitaux.

Fournier. — De la contagion syphilitique, 1860.

Gaucher. — Maladies de la peau, 1895-98.

Gaucher et Milian. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* Mars 1903.

Gibert. — Traité pratique des maladies de la peau et syphilis, 1860.

E. Harrisson Griffon. — *The New-York medical Journal*, 1896.

Guignard. — Chancres syphilitiques extra-génitaux. *Thèse de Paris* 1882.

Hulot. — 21 observations de chancres extra-génitaux. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* Tome X.

Hunter. — A treatise on the veneral disease, 1786. Traité des maladies vénériennes. Traduction par Richelot.

Josso. — Chancres syphilitiques à localisations rares. *Thèse de Paris*, 1902.

Klotz. — Chancres à sièges multiples. *Thèse de Paris*, 1902.

Krefting. — Extragenitale syphilis infection : *Archives für Dermatologie und Syphiligraphie.* 1894.

Küfting. — 539 cas de chancres extra-génitaux : *Arehives für Dermatologie und Syphiligraphie.* 1894.

Lavergne et Perrin. — Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* 1884.

Luisi. — Echéance avancée de la période secondaire après certains chancres extra-génitaux. *Thèse de Paris*, 1904.

Lancereaux. — Traité historique et pratique de la syphilis.

Lesser. — Société Berlinoise de Dermatologie, 1897.

Marrisson. — *The New-York medical Journal*, 1891.

F. Munchheimer. — *Archives für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1897.

Massa Nicolas. — De Morbo Gallico, 1522.

Medicinische rundschau. — N° 21. Chancres extra-génitaux, 1887.

Morel-Lavallée. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* 1888.

Neumann.— Chancres extra-génitaux. *Wiener med. Wochenschrift.* 1890.

Nodet. — *Thèse de Montpellier*, 1863.

Nivet. — *Thèse de Paris*, 1886-87.

Papegeay. — Multiplicité du chancre. *Thèse de Paris*, 1903-04.

Pawlow. — Infection syphilitique. *Archives für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1891.

Peters. — Société Berlinoise de Dermatologie, Novembre 1891.

Pospelow. — Uber extragenitale syphilis infection. *Archives für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1889.

Pronostic de la syphilis issue de chancres extra-génitaux. *Semaine médicale*, décembre 1895.

Rollet. — Article : BOUCHE : in dictionnaire Dechambre.

Rollet. — Article : CHANCRE SYPHILITIQUE : in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Reboul. — *Thèse de Bordeaux*, 1892-93.

Ricord. — Leçons sur la syphilis. Paris 1880.

Saalfeld. — Société Berlinoise de Dermatologie, 1896.

Stourme. — *Thèse de Lyon*, 1889.

Salsotto. — Sifilomi extragenitali ed epidemie di Sifilide. Turin, 1892.

Schiffers. — *Archives internationales de laryngologie*. Juin, 1893.

Tchistiakoff. — Chancre syphilitique de la langue et du palais. *Vratch*, 1891.

Veslin. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*. 1890.

Viguier. — Etude sur les chancres extra-génitaux. *Thèse de Paris*, 1888.

Vidal. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1889.

Vignolo-Lutati. — Chancres extra-génitaux. *Giornalo italiana delle Malattie venere e delle pele*, 1903,